

SOLICITUD DE ADHESIÓN

Datos a cumplimentar por el asociado

D. _____ con D.N.I. _____
actuando en nombre y representación de la empresa _____ con
C.I.F. _____, domicilio en _____
población _____ Código postal _____,
nº de teléfono _____ y nº de fax _____.

Por medio del presente documento se adhiere como beneficiario, al Acuerdo de Colaboración suscrito entre F.O.E.S. y Farmacia Sánchez Barreiro.

Y para que conste y surta los efectos oportunos, firma la presente adhesión.

En _____, a _____ de _____ de 200__

Firma y sello del solicitante

Datos a cumplimentar por FOES:

D. _____, actuando en nombre y representación de FOES

CERTIFICA: Que según consta en nuestros archivos, el asociado, es miembro de esta Federación.

Y para que conste y surta los efectos oportunos en relación con el Acuerdo de Colaboración suscrito con Farmacia Sánchez Barreiro, con domicilio en Soria, Avda. Mariano Vicén, 1 - 42003, teléfono 975211989 (M^a Dolores), fax 975228331, N.I.F. 16.786.512-P y nº de cuenta: 00495084622110006802 (Banco Santander), se firma la presente.

En _____, a _____ de _____ 200__

Firma y sello de F.O.E.S.